Carcinome unter 30 Jahren.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesammten Medizin

verfasst und der

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Otto Seitz,

cand. med. aus München.

München 1897.

Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen.

Carcinome unter 30 Jahren.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesammten Medizin

verfasst und der

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Otto Seitz,
cand. med. aus München.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

München 1897.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen.

Referent: **Herr Obermedizinalrat Prof. Dr. Angerer.**

Meinen lieben Eltern.

Das Carcinom gilt im allgemeinen als Erkrankung des Alters, doch kommen, wenn auch nicht so häufig, auch bei jugendlichen Individuen carcinomatöse Erkrankungen vor. Sie sind wohl deshalb seltener, weil in der Jugend das Bindegewebe dem das Carcinom bedingenden übermässig regenerierenden Epithelgewebe meistens einen stärkeren Widerstand entgegenzusetzen vermag, als dies im Alter der Fall ist. Hypothese von Thiersch.

In den Handbüchern hervorragender anderer Autoren über diesen Gegenstand finden wir verschiedene Aufschlüsse:

Billroth (Handbuch für Chirurgie, von Pitha und Billroth II. pag. 220) sagt: „Für das Auftreten des Krebses scheint von grösster Wichtigkeit die Prädisposition, die durch das Alter bedingt ist. Jedoch kann unter gewissen Bedingungen derselbe auch im jugendlichen Alter vorkommen. Doch ist er hier viel seltener, als man bisher glaubte, wo man zu der klinischen Diagnose Krebs in viel mehr Fällen griff, als man es wahrscheinlich thun darf."

Rokitansky (Pathol. Anat. pag. 256) zählt nur gewisse, überhaupt häufig vorkommende Krebse der mittleren und vorgerückteren Lebensperiode zu, also den Brust-, Uterus-, Darm- und Magenkrebs. Alle anderen, besonders der Gehirnkrebs, der Krebs

des Bulbus, der Knochenkrebs etc. kommen auch früher, zum Teil in sehr früher Jugend vor.

Birch-Hirschfeld (Allg. Pathologie I. p. 164) hält die Altersdisposition bei den einzelnen Organen für verschieden wirksam. Krebs der Haut, der Speiseröhre, des Magens und des Rektums konnte er nur selten vor dem 40. Jahre konstatieren; ebenso selten der Uteruskrebs vor dem 30. Jahre. Das Carcinom der Generationsdrüsen bei jugendlichen Individuen, auch sogar im kindlichen Alter, kommt verhältnismässig häufig vor. Der Nierenkrebs findet sich z. B. in sehr früher Lebensperiode (Rokitansky, Path. Anat. III. pag. 341; Birch-Hirschfeld, Path. Anat. I. pag. 164; Ziegler, Spez. pathol. Anat. pag. 786).

Verhältnismässig frühzeitig carcinomatös erkrankt das Ovarium; sowohl pathologische Anatomen, als auch Kliniker berichten darüber ausführlicher. So wurden primäre Ovarialkrebse bei jugendlichen Individuen beobachtet von Ziegler (Spez. pathol. Anat. I. 164), Rokitansky (Pathol. Anat. III. 431), Birch-Hirschfeld (Pathol. Anat. II. 766).

Aehnliches berichten Schröder (Lehrbuch der Frauenkrankheiten pag. 525) und Olshausen (Handbuch für Frauenkrankheiten II. p. 434). Olshausen fand Ovarialkrebs bei Individuen im Alter von 12, 19, 21, 23 und 29 Jahren; unter 48 Ovarialkrebsen, die er mit Hilfe anderer Litteratur zusammenstellte, fand er 16 bei Personen unter 30 Jahren.

Ovarialcarcinome bei Individuen im Alter von $12^1/_2$, 14, 17, $19^3/_4$, 20, 21, 23 und 26 Jahren und einen Fall von Krebs beider Ovarien bei einer 24jährigen Frau fand Leopold (Archiv für Gynäkologie VI. pag. 207).

Schröder (Lehrbuch der Frauenkrankheiten pag. 341) gibt folgende Statistik von Uteruscarcinomen: Nach klinischen Beobachtungen kamen auf 2265 Fälle 83 auf Individuen bis zu 30 Jahren, also 3,7 %. Nach Sektionsprotokollen auf 492 Fälle 22 unter 30 Jahren, also 4,5 %.

Mit am häufigsten kommt Carcinom an der Mamma vor. Billroth (Handbuch der Frauenkrankheiten X. pag. 132) zählt unter 238 Fällen von Mammacarcinom 12 bei Individuen bis zu 30 Jahren, also 5,04 %.

Sehr häufig wird auch der Verdauungstraktus von Carcinom befallen; der Magen allein schon ist der Sitz von $^1/_3$ aller vorkommenden Krebse.

Aus Statistiken über Magencarcinom ist zu entnehmen: Leber fand unter 314 Carcinom des Magens nur 3 %, Hahn von 166 nur 2 %, Reichert fand nur 3 % unter 30 Jahren. Eine Züricher Statistik zählt unter 138 Fällen 5 jugendliche, das ist 3,6 %; eine Würzburger Statistik von 120 Fällen 3 jugendliche, also 2,5 %.

Scholtz (Inaug.-Dissert. Breslau 1886) berichtet über ein Magencarcinom bei einem 22jährigen Mädchen.

Scheffer (Inaug.-Dissert. Strassburg 1880) beobachtete carcinoma ventriculi bei einem 14jährigen Knaben.

Hofmann (Inaug.-Dissert. Würzburg 1893) bei einem 20jährigen Soldaten.

Reinbrecht (Inaug.-Dissert. Berlin 1886) bei einem 21jährigen Mädchen.

Muth (Inaug.-Dissert. Würzburg 1894) bei einem 24jährigen Mann.

Bürger (Inaug.-Dissert. München 1893) gibt in

seiner Statistik von 357 Magencarcinomen 11 unter 30 Jahren an.

Aehnlich verhält es sich mit den Darmcarcinomen unter 30 Jahren; auch darüber finden sich in der Litteratur Angaben:

Der jüngste sichere Fall wurde von Marchand (Étude sur l'exstirpation de l'extrémité inférieure du rectem, Paris 1873 pag. 124) beschrieben. Es ist ein Rectumcarcinom bei einem 16jährigen Mädchen.

Billroth erwähnt in seinem Bericht (Chirurgische Klinik 1879) 3 im Alter von 18—20 Jahren zur Beobachtung gekommene Darmcarcinome.

Sihla (Inaug.-Dissert. Dorpat 1889) fand unter 20 Fällen, die in Dorpat 1880—88 zur Behandlung kamen, nur 2 Fälle unter 30 Jahren.

Schwieder (Inaug.-Dissert. Berlin 1889) berichtet über 46 Fälle, von denen 3 unter 30 Jahren.

Bürger (Inaug.-Dissert. München 1893) fand unter 117 Darmcarcinomen aus Sektionsberichten des pathol. Institutes 9 Fälle unter 30 Jahren.

v. Bary (Inaug.-Dissert. München 1896) beschreibt einen Fall von 25 Jahren, bei welchem das Carcinom von einem Ulcus durum der Rektalwand ausging.

Nach diesen Ausführungen über die Hauptprädilectionsstellen der jugendlichen Carcinome möchte ich 8 Fälle von Carcinomen unter 20 Jahren anführen. Dieselben stammen aus dem Material der hiesigen chirurgischen Klinik und verteilen sich mit den andern Carcinomen auf die Zeit von Juli 1890 bis Dezember 1896, also auf die ersten 6 Jahre der Wirksamkeit des Herrn Prof. Dr. Angerer an der hiesigen chirurg. Universitätsklinik.

Zunächst folgen die Krankenjournale, bezw. die Sektionsberichte der 8 Fälle unter 30 Jahren, soweit sie mir zur Verfügung standen.

Bemerken möchte ich noch, dass sowohl die vorliegenden, als auch sämmtliche Carcinome, von denen später die Rede sein wird, im hiesigen pathologischen Institut mikroskopisch untersucht und als solche diagnostiziert wurden.

Die Fälle sind nach dem Alter geordnet:

1. Fall: S. A., 23 Jahre, Uhrmacherstochter aus Prutting. Eintritt in die chirurg. Klinik am 16. X. 1895.

Anamnese: Seit 2 Jahren bestehen Schmerzen im After, die gegen das Kreuz zu ausstrahlen; gleichzeitig zeitweilige Blutungen aus dem After bemerkbar. Die Schmerzen vermehrten sich besonders beim Stuhlgang, bestanden aber auch in der Ruhe. Die Blutungen aus dem After traten fast bei jedem Stuhlgang auf, in den letzten Monaten war nur wenig Blut beigemengt, dafür aber stets Schleim und Eiter zu bemerken; häufig bestand Stuhldrang, oft 10—12-mal im Tage, abwechselnd mit hartem Stuhlgang. Blass soll die P. stets gewesen sein.

Status praesens vom 16. X. 1891.

P. ist grazil gebaut, anämisch, von mässigem Ernährungszustand. After normal, oberhalb des Sphincter ca. 5 cm vom After ist eine wulstige, schwammartige mit breiter Basis aufsitzende Geschwulst zu fühlen, die mehr als die vordere Hälfte des Mastdarmlumens einnimmt. Die ca 3 cm breite Geschwulst ist auf der Rektalwand nicht verschieblich, wölbt die

Vaginalwand etwas vor; an einer Stelle fühlt sich dieselbe bereits höckerig an. Keine Lymphdrüsenschwellung in inguine.

Klinische Diagnose: Carc. Recti.

21. X. Operation: Hinterer Längsschnitt, worauf der Tumor sich gut hervorwälzen lässt. Geschwulst erscheint viel grösser, als bei der Untersuchung. Umschneidung des unteren Geschwulstrandes, Ablösung von der Vagina gelingt noch ohne Verletzung, doch kann nur die eigentliche Vaginalhaut erhalten werden. Drüsenstränge zu Seiten der Geschwulst teilweise hoch hinaufgehend, werden abgelöst, ohne Eröffnung der Peritonealhöhle. Abschneidung der Geschwulst am oberen normalen Schleimhautsaum, Fixieren desselben durch Naht. Schleimhaut lässt sich bis an die äussere Haut heranziehen; ringsum Vernähung mit Einlage von Jodoformgazestreifen zwischen den einzelnen Nähten. Tiefgreifende Naht zum Verschluss des hinteren Längsschnittes.

Am folgenden Tag Leib etwas druckempfindlich, Puls 120. Temperatur während der folgenden 20 Tage in Remissionen bis 38° ansteigend, fällt in der Folgezeit auf 37,4 und 36,7.

25. X. Verbandwechsel, Entfernung einer Naht am oberen Wundwinkel in der Steissbeingegend; Entleerung einer reichlichen Menge dünnflüssigen übelriechenden Sekretes. Einführung einer Drainage.

28. X. Entfernung auch der 2 gegen das Peritoneum gelegenen Jodoformgazestreifen, es entleert sich auch hiebei dünnflüssiges Sekret. Frische Tamponade. Empfindlichkeit im Leib zurückgegangen;

Puls noch etwas beschleunigt. Zum ersten Male geht spontan etwas Stuhl ab, Urinentleerung unbehindert. P. hat wieder etwas Appetit.

31. X. Perforation der hinteren Vaginalwand, etwa 5 cm oberhalb des Introitus vaginae eingetreten. Oeffnung für einen Finger passierbar, entleert täglich Kot. Wegen grosser Schwächlichkeit der Patientin findet die Operation der Fistel erst am 7. XII. statt: Anfrischung von Scheide und Rektum aus, Naht der Rektalschleimhaut und der Scheidenhaut.

20. XII. Keine Sekretion der Wunden, Fistel noch ganz klein bemerkbar, Stuhl, wenn konsistent, kann gehalten werden. Keine Beschwerden. Ernährung wesentlich gebessert.

21. XII. wird P. entlassen, Recidive bis jetzt nicht bekannt.

2. Fall: S. M., 23 J., Köchin aus Mitterfels trat ein am 3. VI. 1892.

Anamnese: Patientin gibt an, dass sie vor ca $1^1/_2$ Jahren eine kleine „Blutblase“ an der linken Rückenseite bemerkt habe, die sie aber nicht weiter beachtete, bis sie, besonders in der letzten Zeit an Grösse zunahm und nunmehr beinahe Handtellergrösse erreichte. Die Geschwulst verursacht keine auffallenden Beschwerden, nur zeitweise etwas Ziehen und Stechen in der betreffenden Gegend. Für die Entstehung keine Ursache bekannt.

Status praesens vom 3. VI. 1892.

P. zeigt grazilen Körperbau, guten Ernährungs- und Kräftezustand. In der linken Rückenseite etwas hinter der hinteren Axillarlinie in der Höhe der 6.

und 7. Rippe befindet sich eine ca 5 cm lange und 7 cm breite unregelmässig gebildete, bläulich verfärbte, in der Mitte ulcerierte Geschwulst, welche auf der Fascie noch verschieblich ist. Auf Druck besteht ziemliche Empfindlichkeit.

Klin. Diagnose: Carcinoma cutaneum reg. dorsi sinistr.

4. VI. Operation in Narkose: Durch zwei Bogenschnitte wird die Geschwulst umschnitten und da sie sich in geringer Ausdehnung auf die Fascie fortsetzt, wird ein Teil derselben mitexstirpiert. Naht.

Der Verlauf der Heilung war fieberfrei; Prima reunio.

19. VI. Wunde geheilt; es bestehen keinerlei Beschwerden; P. wird entlassen.

3. Fall: X. M., 24 J., Kommissionär aus München. Eintritt am 28. XI. 1896.

Anamnese: P. hatte als Kind im Jahre 1874 die Cholera. Er war bis zum 20. Jahre, wo er zum Militär eintrat, gesund. Nach 10 Monaten litt er an Appetitlosigkeit, Magenschmerzen, häufigen Diarrhöen und öfterem Erbrechen. Damals magerte er stark ab, so dass er deswegen, sowie wegen Melancholie, wie er angibt, vom Dienst entlassen wurde. Nach dieser Zeit erholte sich P. allmählich, der Appetit wurde besser, aber die Diarrhöen blieben, so dass P. oft 10—12mal täglich Stuhlgang hatte. Im Juni 96 traten ohne bekannte Ursache mehrere Stunden dauernde häufige, schneidende Leibschmerzen, besonders oberhalb des Nabels auf, was sich seitdem häufig wiederholte, unter Fortbestehen der Diarrhöen, denen

viel Schleim beigemengt war. Seit Oktober desselben Jahres lokalisierten sich die Schmerzen mehr und mehr auf die Gegend des Blinddarms, zogen als schmerzhafte, anfallsweise auftretende Kontraktionen von dort beginnend dem Querdarm entlang bis hinüber zum absteigenden Kolon. Diese Darmbewegungen gehen schon seit Mitte Oktober mit sichtbaren Darmaufblähungen entsprechend den erwähnten Darmteilen und mit lauten gurrenden Geräuschen einher. Diese Bewegungen sind sehr schmerzhaft und mehren sich an Heftigkeit von Monat zu Monat. Manchmal ist Erbrechen aufgetreten, besonders wenn Pat. mehr Nahrung aufgenommen hatte. Seit 2 Monaten kann Pat. nur mehr flüssige Nahrung und diese nur in ganz geringen Mengen nehmen, sonst treten vermehrte Schmerzen und Erbrechen auf. Zweimal war das Erbrochene von schwarzbrauner Farbe: das erstemal vor ca 2 Monaten, zugleich etwas übelriechend, das zweitemal erst vor einer Woche. Vor ca 4 Wochen war nach einem Einlauf zum erstenmal etwas Blut im Stuhl, dies hat sich in der Folge öfter wiederholt. Seit 6 Wochen Schlaflosigkeit infolge der sehr häufig auftretenden Darmbewegungen.

Status praesens vom 28. XI. 1896.

Pat. ist von mittlerem Körperbau, anämisch, von schlechtem Ernährungszustand. Brustorgane gehörig. Das Abdomen ist leicht meteoristisch aufgetrieben. In wechselnden Zwischenräumen, an manchen Tagen oft von wenigen Stunden traten schmerzhafte Kontraktionen der Darmschlingen ein, wobei eine sichtbare Darmbewegung mit plastisch vortretenden Darmschlingen vom Coecum beginnend bis in die Gegend des

Knickungswinkels des Colons transvers. u. Col. descend. aufsteigt. Der plastisch vortretende Darm von tiefem Perkussionsschall gehört offenbar dem Colon an. Ein Tumor ist nirgends zu fühlen, nirgends sind Drüsenschwellungen. Die Rektaluntersuchung ergibt nirgends eine Geschwulst, doch fühlt man in der vorderen Rektalwand die stark geblähten Darmschlingen. Vor 2 Tagen Abgang himbeergeleeartigen Stuhls. Heute Stuhl von ähnlicher Beschaffenheit in etwas grösserer Menge.

Operation 1. XII. 96: Da nach den sichtbaren Darmbewegungen die Stenose zwischen Col. transv. und Col. desc. angenommen werden musste, wird ein grosser Bogenschnitt unterhalb des linken Epichondrium gemacht. Sofort stürzen hochgradig geblähte Dünndarmschlingen hervor. Nun wird das Colon transv. aufgesucht, das sich völlig leer erweist. Da infolge dessen die Stenose höher oben liegend angenommen werden musste, wird nun das Coecum abgetastet, worauf sich sofort ein in der Gegend des Coecum befindlicher harter Tumor von über Walnussgrösse fühlen und sogar sich dem Auge sichtbar machen lässt. Da der erste Schnitt zur Resektion des Tumors keinen Raum gibt, wird derselbe in 3 Etagen in fortlaufender Catgutnaht geschlossen, nachdem man vorher, um die hochgradig geblähten Darmschlingen reponieren zu können, mit einem spitzen Messer einen Einstich in den Dünndarm gemacht und grosse Mengen Gas und Kot entleert und die so gesetzte Wunde mit 3 Seidennähten wieder verschlossen hatte. Ueber dem Coecum wird nun ein kleiner zweiter Schnitt angelegt aus dem sich leicht der Tumor herauswälzen

lässt. Der Tumor liegt 3 Finger breit abwärts der Coecalklappe, erweist sich als ca $^2/_3$ des Lumen des Col. ascend. ergreifend; er ist von der Grösse einer kleinen Kartoffel und wie nabelförmig eingezogen. Am Mesocolon keine Drüsenschwellung. Es wird nun das Darmlumen eröffnet und der Tumor nach Digitalverschluss der beiden Darmlumina weit im Gesunden herausgeschnitten, wobei noch etwa $^1/_4$ des Darmlumens gerade entsprechend dem Ansatz des Mesocolon erhalten werden kann. Sorgfältige Blutstillung; Mucosa-, Seromuscularis- und Serosa-Nähte. Verschluss der Bauchhöhle in 3 Etagen.

Beschreibung des Tumors: Die Geschwulst ist noch zum grössten Teil von Schleimhaut bedeckt, an der Oberfläche gegen das Darmlumen zu höckerig, von mässiger Härte, sitzt breit auf, in der Grösse eines 2 Markstückes. Die Prominenz beträgt ca 2 cm, ist scharf umgrenzt gegenüber dem gesunden Gewebe. Der Durchschnitt zeigt markige Beschaffenheit.

Leider konnte die Operation den Patienten nicht retten. Am 2. XII. war Puls sehr frequent, Temperatur stieg nicht über 37,9; Leib weich, nicht empfindlich, einmal schwarzes Erbrechen.

3. XII. Morgens Puls unregelmässig, sehr weich und klein, über 120. Temperatur stieg auf 39,2. Pat. kollabiert mehr und mehr; fortwährendes Erbrechen schwarzer Massen; bei zunehmendem Kollaps Exitus Abends 6 h.

Die Sektion der Leiche fand im pathol. Institut am 4. XII. 96 statt; ich führe von dem Sektionsprotokoll nur das Wichtigste an: Am Coecum findet sich eine Darmnaht, herrührend von der Resektion

eines 5 cm langen Darmstückes. Das Lumen des Darmes ist völlig frei, Wunde reaktionslos. Im Dickdarm und Coecum fast kein Inhalt, die Schleimhaut im allgemeinen blass, doch hie und da von Hämorrhagien durchsetzt. Etwa 12 cm vom Dickdarm entfernt findet sich eine die ganze Cirkumferenz einnehmende, das Lumen desselben hochgradig stenosierende, fungöse, ziemlich weiche Geschwulst von schwärzlicher Farbe. Die Schleimhaut zeigt hier starke Hämorrhagien, schwärzliche Verfärbung und Verdickung. Der übrige Darm enthält mässige Mengen gelblichen Chymus, die Schleimhaut sonst glatt und blass.

Diagnose: Carc. tract. intestin.

Die übrigen Organe zeigten ausser allgemeiner Anämie nichts Besonderes.

4. Fall: S. C., 24 J., Oekonomenstochter aus Gunzesried. Trat ein am 21. VI. 1893.

Anamnese: Pat. soll schon seit 6—7 Jahren an chronischer Obstipation gelitten haben; seit Sommer 1892 leidet Pat. an Druckgefühl im Leib und zeitweilig auftretenden Schmerzen. Dazu kamen seit verflossenen Winter häufig auftretende Diarrhöen. Seit drei Wochen haben sich die Schmerzen und Diarrhöen sehr gesteigert. Gleichzeitig besteht zeitweiliges Erbrechen. Die Schmerzen werden als ganz diffuse, krampfartige beschrieben. Ein bestimmter Ausgangspunkt kann nicht angegeben werden. Seit drei Wochen leidet Pat. an völliger Appetitlosigkeit und grosser Abmagerung. In den letzten 10 Tagen soll sie um 22 ℔ abgenommen haben.

Status praesens vom 21. VI. 1893.

Pat. von mittlerem Körperbau und mittlerem Ernährungszustand zeigt normalen gynäkologischen Befund. Rechts oberhalb der Spina ant. sup. und einwärts davon ist eine rundliche, leicht höckerige Geschwulst in der Tiefe zu fühlen. Sie ist ziemlich druckempfindlich, etwas mehr in der Quere als der Länge nach verschieblich. Ueber der Geschwulst tympanitischer Darmschall. Drüsenschwellung leichten Grades beiderseits in der Inguinalgegend, Bei der Rektaluntersuchung kein Befund. Das Rektum ist gefüllt mit festem Kot, obwohl kurz vorher diarrhöischer Stuhl entleert wurde. Bei Aufblähung des Rektums mit Luft verschwindet die Geschwulst vollkommen, doch ist die Aufblähung schmerzhaft.

Untersuchung vom 5. VII. Innerhalb 14 Tagen ist die Geschwulst deutlich gewachsen, ca 2 Finger breit, über 3 Querfinger lang, ausgesprochen höckerig. Bei Aufblähung des Rektum ist die Geschwulst noch fühlbar, unverschieblich.

Operation am 7. VII. 1893: Schrägschnitt entlang dem Tumor fast vom Rippenrande bis zum Poupart. Band. Der Tumor sitzt fast ganz unverschieblich am Coecum, ist grobknollig, höckerig, halb faustgross; in der ganzen Umgebung des Tumors in der Serosa sind zahlreiche weisse, kleine, harte bis hirsekorngrosse Knötchen zu sehen und in der Tiefe des Mensenteriums fühlt man eine grössere geschwellte Drüse. Deswegen wurde die Exstirpation unterlassen und die Enteroanöstamose in typischer Weise gemacht. — Durch die Entero-anastomose wurde der Ernährungszustand der Pat. sehr günstig beeinflusst. Die Wunde

heilte reaktionslos, Temperaturerhöhung war keine vorhanden, der Stuhl regelte sich nach und nach.

Am 27. VII. wurde die Pat. merklich gebessert in die Heimat entlassen. Wie vorauszusehen, konnte die Besserung nicht lange dauern. Am 10. XI. 1893 trat Exitus ein, nachdem der Tumor, nach Bericht des dortigen behandelnden Arztes, um mehr als das Doppelte gewachsen war, unter Erscheinung starker Darmstenose. Sektion wurde nicht gestattet.

5. Fall: H. X., 25 J., Metzgergehilfe. Eintritt 5. III. 1896.

Anamnese: Vater starb an Leber- und Lungenleiden, Mutter an unbekannter Ursache. Pat., der früher stets gesund war, erkrankte vor $^3/_4$ Jahren mit Schmerzen und Druckgefühl in der rechten oberen Bauchgegend entsprechend der Gallenblase. Die Schmerzen traten besonders bei angestrengter Arbeit auf, so dass P. dann oft nicht mehr stehen konnte. Die Schmerzen waren fast beständig vorhanden, nie krampfartig, morgens geringer, als abends. Bald darauf begann P. nach Mahlzeiten zu erbrechen und magerte seit Juli 1895 so ab, dass er seither ca 50 ℔ Körpergewicht verlor. Seit September bemerkt er an der empfindlichen Bauchstelle eine Verhärtung. Stuhlgang täglich 2—3mal, ist weich; das Erbrechen (von farblosen oder galligen Massen) sistiert seit Dezember vollständig. Am 28. II. 1896 trat ohne bekannte Ursachen Ikterus auf, der in den folgenden Tagen zunahm und den P. ins Krankenhaus l. d. I. führte.

Status praesens: P. zeigt mittleren Körperbau; Ernährungszustand ist mässig; Haut leicht ikterisch

verfärbt, leichte Anämie. Brustorgane gehörig. Die Leber erweist sich deutlich vergrössert, überragt in der vorderen Axillarlinie den Rippenrand, steht in der Medianlinie knapp am Nabel und fühlt sich ziemlich hart an. Rechts gegen den Nabel wölbt sich eine sehr derbe etwas druckempfindliche Geschwulst nach abwärts vor in der Grösse einer Kinderfaust. Die Geschwulst ist in direkter Verbindung mit der Leber und deutlich mit derselben respiratorisch verschieblich. Eine Abgrenzung von der Leber ist nach oben nicht möglich, nach unten ragt die Geschwulst frei in die Bauchhöhle. Die Oberfläche der Geschwulst scheint etwas höckerig zu sein, die Konsistenz ziemlich gleichmässig hart. Die Milz erscheint deutlich vergrössert, ist undeutlich palpabel und reicht nahe bis an den Rippenrand. Der Urin ist deutlich ikterisch verfärbt und eiweisshaltig.

Operation: in der chirurg. Klinik am 14. III. 1896. Kleine Probeincision oberhalb des Nabels. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fliesst ziemlich reichliche ikterische Flüssigkeit ab. In der Wunde liegt ein kindskopfgrosser Tumor vor, dessen Oberfläche mit dem Oment. maius verwachsen ist, und welcher nach links in die Magenwand übergeht, von welcher nur ein kleiner Teil noch frei ist. Oberhalb des Tumors ist die Leber vergrössert mit stark erweiterter Gallenblase. In anbetracht der Grösse des Tumors wird ein weiterer Eingriff unterlassen.

An den folgenden 2 Tagen traten Blutungen aus dem Darm auf; bei zunehmendem Kollaps erfolgte Exitus am 17. III. 6 h Früh.

Ich lasse vom Sektionsberichte (vom 18. III. 96) das Wichtigste folgen:

Bei Herausnahme des Magens mit Leber und Pankreas im Zusammenhange zeigt sich, dass vom Kopfe des Pankreas ein gänseeigrosser Tumor ausgeht, der sich von dem Magen gut ablösen lässt. Die retroperitonealen Lymphdrüsen daneben sind in ein faustgrosses Geschwulstpaket verwandelt. Auf dem Durchschnitt zeigen die sämtlichen Geschwulstknoten einen knolligen Brei. Farbe gelbweiss glänzend, an einzelnen Stellen offenbar fettig degeneriert. Der Magen ist gross, enthält einen halben Liter schmutzig braunen flüssigen Inhalt. Die Schleimhaut ist blass, derb, verdickt. Der Pylorus ist nicht stenosiert, unmittelbar unter demselben ist der stark erweiterte Anfangsteil des Duodenum. Die Schleimhaut desselben ist handtellergross von einer pilzförmigen Geschwulstwucherung durchbrochen, die zahlreiche, weiche Efflorescenzen zeigt und von den die Darmwand umgreifenden, vergrösserten Lymphdrüsen ausgeht. Der ganze Darmkanal ist von oben nach unten mit dunklem Inhalt gefüllt; die Schleimhaut in den Follikeln ist geschwollen.

Anatomische Diagnose: Carcinom des Pankreaskopfes mit multiplen Metastasen in den retroperitonealen Lymphdrüsen; direkte Einwucherung der letzteren in das Duodenum mit Kompression des Ductus choledochus. Allgemeine Anämie.

6. Fall: B. St., 27 Jahre, Taglöhner. Trat am 7. VIII. 1893 in die chirurg. Klinik ein.

Anamnese: Vor einem Jahr bekam P. ein klei-

nes Geschwür an der rechten Unterlippe, das durch Aetzungen zuheilte, aber im Februar 1893 neuerdings aufbrach und rapid sich verbreiterte; seit 2 Monaten ist die ganze Unterlippe befallen. Vor 3 Jahren luetische Infektion; antiluetische Behandlung mit im Ganzen 140 gr ungu. cin. konnte das Geschwür nicht beeinflussen.

Status praesens: Die ganze Unterlippe wird eingenommen von einem kraterförmig vertieften, mit Krusten bedeckten, gelbroten Geschwür, mit elevierten Rändern; in der Mitte besteht bereits Fixation am Kiefer; die regionären Lymphdrüsen sind beiderseits geschwellt.

Operation: Excision des Geschwüres; Plastik der ganzen Unterlippe mit zwei seitlichen Wangenlappen, Naht der Schleimhaut an der äusseren Haut; Ausräumung der Mutaldrüsen.

Der Verlauf der Heilung war afebril. Die Plastik hielt mit Ausnahme einer kleinen Partie am rechten Mundwinkel. Der Mund war allseitig von Schleimhaut umsäumt; die Schnitte in der Drüsengegend heilten glatt. P. konnte geheilt entlassen werden.

7. Fall: M. Th., 27 Jahre, Oekonomenstochter aus Anger. Eintritt 13. I. 91.

Anamnese: Mutter soll an Magengeschwür gestorben sein, Vater lebt. Menses cessiert seit VIII. 1892. Seit 13 Jahren leidet P. an Druckgefühl im Magen und Aufblähung; seit 10 Jahren kam dazu öfters Erbrechen, auch nüchtern, meistens am Abend. Seit einem Jahr tritt das Erbrechen zwei- und dreimal täglich ein. Seit 2 Monaten fühlt Pat. in der rechten Bauchgegend einen Knollen; im Erbrochenen war nie Blut. Stuhl war immer sehr verhalten.

Status praesens: Pat. zeigt schwächlich gebauten Körper von mässigem Ernährungszustand; Brustorgane gehörig. Abdomen aufgetrieben, Bauchdecken sehr schlaff. Unterhalb des rechten Hypochondriums 4 Finger vom Nabel nach aussen ist ein ca 5 cm langer und 3 cm breiter senkrecht verlaufender, sehr verschieblicher Knollen zu fühlen. Der Magen ist hochgradig ausgedehnt. Durch Kohlensäureaufblähung tritt der Magen plastisch hervor und nimmt fast das ganze Abdomen ein, reicht nach unten bis zur Symphyse. Rechts tritt der Pylorus sichtbar hervor, an der Aussenseite desselben ist der Tumor zu fühlen, der nach aussen und mehr an die Oberfläche getreten ist. Grösster Durchmesser des Magens ca 28 cm. In dem ausgeheberten Mageninhalt findet sich keine Salzsäure, aber Sarcinepilze.

Klinische Diagnose: Carcinoma pylori; Ektasia ventriculi.

Operation am 19. I. 1891. Kombinierte Morphium-Chloroformnarkose: Schnittführung 2 cm unterhalb des Proc. ensiformis links neben dem Nabel bis ca 5 cm unter denselben. Schnittlänge ca 12—15 cm. Der Magen wird vorgezogen; es besteht keine Verwachsung in der Pylorusgegend mit den Nachbarorganen. 1 cm vom Tumor entfernt werden ungefähr $^2/_3$ der Magencircumferenz an der kleinen Curvatur beginnend mit dem Pylorus bis ins Duodenum reseciert. Blutstillung; Schleimhaut-, Muscularis- und Serosanähte werden angelegt. Durch Aufblähen des Magens vom Munde aus wird der feste Schluss der Wundränder konstatiert. Anlegung der Bauchnaht.

Beschreibung des Präparates: Der entfernte

Magenteil ist am Pylorus gerade noch für den kleinen Finger durchgängig. Die Neubildung fühlt sich ziemlich derb an, die Schleimhaut ist nirgends erodiert. Die mikroskopische Untersuchung ergab Carcin. gelatinosum.

Leider überlebte die Pat. die Operation nicht lange. Die Temperatur schwankte zwischen 36,2 und 37,9; Puls 80 war schwach; am Tage der Operation keine Schmerzen im Abdomen, wohl aber in der folgenden Nacht. Morphium-Injektion. Am folgenden Tage (20. I.) stieg der Puls auf 120; Herzschwäche trotz Excitantien nahm immer mehr zu. Unter Kollaps trat $^1/_2$10 Uhr abends am 20. I. Exitus ein.

Vom Sektionsbericht (21. I. 1891) folge das Wichtigste: In der Pylorusgegend ist der Magen mit dem Duodenum durch zahlreiche Nähte vereinigt; der Magen ist in allen Durchmessern bedeutend vergrössert, namentlich die linke Hälfte; entsprechend der Naht ist die Schnittwunde eng verklebt. In der Pylorusgegend eine zirkuläre Naht, entsprechend der äussern Wunde. Schnittränder gewulstet, durch die Naht gut verschlossen; nirgends neoplastische Infiltration. Schleimhaut des Magens blass, im Fundus schmutzig gefärbt und etwas geschwellt. Die oberen Teile des Dünndarms sind dilatiert, Wandung ist brüchig, mit fibrinösen Auflagerungen bedeckt. Die unteren Teile des Darmes sind kollabiert; Schleimhaut blass; der Dickdarm ist stark bluthaltig, von dunklem Inhalt.

8. Fall: M. K., 28 J., Postbedienstetensfrau. Kam ins Ambulatorium der chirurg. Klinik 31. V. 1896.

Anamnese: Mutter starb 56 J. alt an Uteruskrebs. Vater, der Potator war, 52 J. alt an Magenkrebs; Grossvater väterlicherseits starb 65 J. alt an Potatorium. Geschwister hat Pat. keine. P. war von Jugend auf skrophulös; als Kind hatte sie Pneumonie, dann Pleuritis, zuletzt Scharlach gehabt; vereiterte Drüsen wurden ihr wiederholt inzidiert, im ganzen 14mal. Periode trat mit 13 Jahren ein. Vor $^3/_4$ Jahren bemerkte die P. in der rechten Brust einen hühnereigrossen Knoten, den sie für skrophulös hielt; als derselbe aber langsam grösser wurde, kam sie in die chirurg. Klinik.

Operation am 3. VII. 1896. Es wurde ein hühnereigrosser, sehr beweglicher, derber Tumor aus der r. Mamma enukleirt, der sich hernach als Carcinoma gelatinosum erwies. Die Inzisionswunde heilte ohne Störung und ist jetzt nur noch eine ca 4 cm lange glatte Narbe im rechten unteren Quadranten der rechten Mamma zu sehen. P. fühlt sich wohl und ist bis jetzt (VI. 97) von Recidiven frei.

Wenn wir die 8 aufgezählten Carcinomfälle überblicken, so finden wir darunter 4 Darmcarcinome, nämlich Fall 1 Carc. recti, Fall 3 Carc. tract. intest., Fall 4 Carc. coeci, Fall 5 Carc. duodeni und des Pankreaskopfes; weiter ein Magencarcinom Fall 7 Carc. pylori, ein Mammacarcinom Fall 8, ein Unterlippencarcinom Fall 6, und ein Hautcarcinom Fall 2. Meist handelt es sich um kachektische Individuen, besonders gilt dies von den 4 Darmcarcinomen, von denen auch 3 bald nach der Operation erlagen. Das gleiche gilt von dem Fall mit Pyloruscarcinom; auch hier konnte die Operation nicht mehr retten. Die übri-

gen drei Fälle, das Mammacarcinom, das Unterlippencarcinom und das Hautcarcinom bieten eine günstigere Prognose, da die Patienten sich rechtzeitig der Operation unterzogen und ihr Kräftezustand noch gut war. Bei der Pat. mit Mammacarcinom ist die starke erbliche Belastung bemerkenswert; Vater starb an Magenkrebs, Mutter an Uteruskrebs; gleichzeitig besteht Anlage zu Tuberkulose. In Bezug auf die Aetiologie der vorliegenden Carcinome könnte meiner Ansicht nach die Theorie von Virchow verwertet werden: denn die Patienten mit den Darmcarcinomen und die Patientin mit dem Magencarcinom litten schon längere Zeit vor dem Auftreten der ersten auf Carcinom hinweisenden Symptome an funktioneller Schwäche und Indisposition des Intestinaltraktus, der sich also im Zustand chronischer Reizung befand und gleichsam einen Locus minoris resistentiae für die spätere schwere Erkrankung darstellte. Bei der Pat. mit dem Hautcarcinom am Rücken kann man die maligne Degeneration der ursprünglich bestehenden „Blutblase“ durch fortwährende Reizung seitens des enganliegenden Korsettes erklären; ähnlich ist wohl auch das Mammacarcinom der Pat. von Fall 8 entstanden. Der Pat. mit dem Lippencarcinom (Fall 6) gibt ausdrücklich an, dass er Aetzmittel angewendet habe, um das anfänglich bestehende kleine Geschwür zu beseitigen; freilich erreichte er nur das Gegenteil. Ob er auch Raucher war, weiss ich nicht.

Um das Verhältnis der gefundenen jugendlichen Carcinome zu den anderen älteren operierten Carcinomen festzustellen, und zwar in Bezug auf Anzahl, Alter, Geschlecht und Körperregion habe ich die Operations-

bücher der chirurg. Klinik von Juli 1890 bis Dezember 1896 durchgesehen. Der Zugang am inoperablen Carcinom wurde hier nicht berücksichtigt, einmal, weil die mikroskopische Untersuchung fehlt und zweitens, weil die Eintragungen darüber sehr unvollständig sind.

Meine gefundenen Carcinomfälle verteilen sich folgendermassen auf die einzelnen Jahre:

Juli 1890 bis Dezbr. 1891	1892	1893	1894	1895	1896
19 + 48	57	57	67	98	62

Auf die einzelnen Monate verteilen sich die Carcinome:

Jan.	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
35	37	34	26	45	27	59	30	23	33	29	23

Nun folgen die Tabellen der einzelnen Jahrgänge in Bezug auf Zahl, Altersklasse und Geschlecht:

Juli 1890 mit Dez. 1891:

Alter	Männer	Weiber	Summa
20—30	—	1	1
30—40	3	4	7
40—60	15	22	37
60—70	6	11	17
70—80	3	2	5

1892:

Alter	Weiber	Männer	Summa
20—30	—	1	1
30—40	1	5	6
40—60	5	21	26
60—70	7	4	11
70—80	2	1	3

1893:

Alter	Männer	Weiber	Summa
20—30	1	1	2
30—40	—	5	5
40—60	16	18	34
60—70	5	7	12
70—80	1	3	4

1894:

Alter	Männer	Weiber	Summa
20—30	—	—	—
30—40	1	3	4
40—60	9	29	38
60—70	7	11	18
70—80	4	3	7

1895:

Alter	Männer	Weiber	Summa
20—30	—	1	1
30—40	2	6	9
40—60	33	29	62
60—70	13	7	20
70—80	2	5	7
80	1	—	1

1896:

Alter	Männer	Weiber	Summa
20—30	2	1	3
30—40	1	3	4
40—60	18	17	35
60—70	8	7	15
70—80	4	1	5

Zusammenfassung der 6 Jahre von 1890—1896:

Alter	Männer	Weiber	Summa
20—30	3	5	8
30—40	8	26	34
40—60	96	135	231
60—70	46	47	93
70—80	16	15	31
80	2	—	2
		Totalsumme	399

Operiert wurden also in den Jahren 1890—1896 im ganzen 399 Carcinome, darunter sind 8 unter 30 Jahren, also 2,02 %. Bürger (Inaug.-Dissertation München 1893) fand im patholog. Institut unter 1189 Carcinomen 39 Fälle bis zu 30 Jahren, das sind 3,28 %.

Numerisch ist das weibliche Geschlecht stärker vertreten, infolge der Ueberzahl der Mammacarcinome. Was die Altersklassen betrifft, so finden wir die grösste relative Frequenz zwischen 40—60 Jahren und zwar bei beiden Geschlechtern, dann folgen der Zahl nach die Carcinome von 60—70, dann von 70—80, dann von 20—30; Carcinome im Kindesalter fand sich keines; über 80 nur 1, im Alter von 80 ebenfalls 1.

Zum Schluss eine Tabelle, welche Körperregion, Alter und Geschlecht berücksichtigt. (Siehe Seite 29).

Für Uebergabe der Arbeit sei mir gestattet, an dieser Stelle meinem hochverehrten Lehrer Herrn Obermedizinalrat Prof. Dr. Angerer meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Nach Sitz, Alter und Geschlecht verteilen sich die von 1890 bis 1896 operierten Carcinome.

	Alter:												Sa.
	20—30		30—40		40—60		60—70		70—80		üb. 80		
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	
1. Mama . . .	—	1	—	25	—	88	—	33	—	7	—	—	154
2. Uterus und äussere weibl. Genitalien . .	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	5
3. Penis . . .	—	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	8
4. Haut	—	1	—	—	1	4	4	2	2	2	—	—	16
5. Wangen, Augenlider-Orbita . . .	—	—	—	—	1	3		1	1	1	—	—	7
6. Lippen . . .	1	—	2	—	12	3	6	2	7	1	—	—	34
7. Nase	—	—	—	—	8	1	2	4	3	2	1	—	23
8. Zunge u. weicher Gaumen	—	—	—	1	2	1	2	1	—	—	—	—	7
9. Oesephagus u. Larynx . .	—	—	—	1	7	7	3	1	—	—	—	—	19
10. Magen . . .	—	1	4	1	8	10	2	1	—	—	—	—	27
11. Darm . . .	2	2	3	1	20	18	7	7	1	—	—	—	61
12. Thyreoidea .	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	3
13. Parotis . . .	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	3
14. Nieren und Blase . . .	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	5
15. Knochen . .	—	—	—	—	9	—	1	—	—	1	1	—	12
16. Lymphdrüsen	—	—	—	1	1	2	1	—	—	—	—	—	5
											Summa		399